

Еще одно средство в наиболее сложных случаях — трахеостомия, которая позволяет обойти препятствие в глотке. Данные по применению этого метода получены до внедрения метода пСРАР. С момента внедрения пСРАР трахеостомия перестала быть необходимой.

Как правило, метод пСРАР позволяет решить вопрос терапии данного заболевания. Состоя-

ние пациента улучшается, сон становится эффективным, и утром больной чувствует себя отдохнувшим. Возможен возврат к нормальной жизни. Нередко можно слышать от больных: «Моя жизнь опять обрела смысл! Я чувствую, что будто родился заново».

Поступила 28.01.92

© Я. И. НЕСТЕРОВСКИЙ, 1992

УДК 616.24+616-002.5

Я. И. Нестеровский

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ*

(Челябинск)

Взгляды на дальнейшее развитие фтизиатрической службы разноречивы. Достаточно аргументированно отстаивается самостоятельность службы, ограничение ее обязанностей работой по ликвидации туберкулеза как массового заболевания. Наша позиция, которой мы придерживаемся без колебаний более 15 лет, сводится к тому, чтобы, сохраняя безусловную самостоятельность службы, использовать ее возможности для работы с больными неспецифическими заболеваниями легких при объединении усилий с терапевтами, онкологами, врачами других специальностей.

Мы должны со всей определенностью сказать, что если научные исследования, в том числе и фундаментальные, по пульмонологии успешно развиваются, то до сего времени в развитии практической пульмонологии, особенно организационно-методических ее аспектов, пути явно не обозначены.

Таким образом, на вопрос быть или не быть интеграции фтизиатрии и пульмонологии мы с глубокой убежденностью отвечаем — быть, подчеркивая значение именно интеграции.

При таком подходе объективной потребностью становится изменение всей структуры фтизиатрической службы, где главным звеном организации становятся диспансеры, в обязанности которых, кроме лечебно-профилактической помощи больным всеми формами туберкулеза с различной локализацией, вменяется весь комплекс мероприятий по проблемам пульмонологии.

История развития нашего опыта интеграции фтизиатрии и пульмонологии имеет своей основой эксперимент по ликвидации туберкулеза как массового заболевания, который проводится в нашей стране и в который была включена Челябинская область.

Упорная, целенаправленная деятельность службы здравоохранения области на протяжении двух десятилетий, всесторонняя поддержка хозяйственных и административных служб, сотрудничество с институтами туберкулеза позволили обеспечить устойчивое снижение всех показателей работы по туберкулезу. Заболеваемость, болезненность, смертность, временная нетрудоспособность, инвалидизация при туберкулезе в Челябинской области в течение ряда лет значительно ниже, чем в стране, республике, на территориях Урала и некоторых других территориях, участвующих в эксперименте: заболеваемость — 86,0, болезненность — 114, смертность — 5 на 100 000 населения.

Противотуберкулезная служба области обеспечена профильной коечной сетью, современной аппаратурой и оборудованием, разработанной и успешно применяемой методикой эффективного лечения больных туберкулезом. Определена система централизованного контроля за происходящими эпидемиологическими сдвигами по туберкулезу, успешному применению которой способствуют практически постоянный, высококвалифицированный состав врачебных кадров и новые методы организации работы, касающиеся сети фтизиатрических учреждений как для взрослых, так и для детей.

Каковы же принципиальные вопросы, решение которых позволило обеспечить динамическое снижение заболеваемости туберкулезом?

В области были ликвидированы самостоятельные существующие ночные профилактории, отделения и туберкулезные кабинеты при медико-санитарных частях и больницах общего профиля. Все названные подразделения были введены в структуру противотуберкулезных диспансеров на правах отделений или кабинетов, что улучшило преемственность в лечении больных туберкулезом, функционирование коек, укомплектование противотуберкулезных объединений квалифицированными медицинскими кадрами.

* Лекция прочитана на II Всесоюзном конгрессе по болезням органов дыхания, г. Челябинск, (16—19 сентября 1991 г.)

В областном диспансере было организовано централизованное наблюдение и обследование больных туберкулезом, находящихся под диспансерным наблюдением городских и районных противотуберкулезных учреждений, комплексное, длительное и поэтапное их лечение, централизованный контроль за определением форм и фазы процесса, что вместе с организацией при диспансерах профильных отделений сыграло решающую роль в снижении частоты рецидивов.

Большое значение для повышения хирургической активности в лечении больных туберкулезом и ХНЗЛ имела организация в областном диспансере крупного хирургического центра, что расширило объемы и изменило характер оперативных вмешательств, повысило эффективность комплексного лечения. Клинический эффект достигается сейчас в 97,7 % случаев, восстановление трудоспособности в 96,2 %.

Усилия первичных звеньев системы здравоохранения были сконцентрированы на проведении мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза, особое внимание обращалось на детей и подростков. Деятельность всех заинтересованных служб и ведомств координировалась областным диспансером.

Постоянно проводилась работа по повышению квалификации фтизиатров, терапевтов, пульмонологов, онкологов, других специалистов в вопросах клиники, диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания, в том числе туберкулеза и ХНЗЛ, что способствовало распространению параклинических, комплексных методов ведения больных с названной патологией.

Несомненно, положительную организующую роль сыграла отработка региональных, дифференцированных, целевых программ.

Объективно следует отметить, что работу по борьбе с туберкулезом осложняет сложившийся состав больных, среди которых большинство составляют мужчины, ведущие асоциальный образ жизни. Изменившиеся формы туберкулезного процесса, нередко стертая его симптоматика, трансформировавшаяся локализация, затрудняющая диагностику общепринятыми методами, серьезные иммунологические сдвиги в организме больных на фоне усложнившихся социальных условий требуют и новых организационно-тактических форм работы с переключением сил и средств на наиболее опасные в эпидемиологическом отношении возрастные, профессиональные и социальные группы населения.

Пересмотра позиций фтизиатрической службы потребовало и сложившееся положение с заболеваемостью населения хроническими неспецифическими болезнями легких, которые (и в первую очередь пневмонии, хронические и острые бронхиты) продолжают оставаться главной причиной временной утраты трудоспособности, а вместе с бронхиальной астмой и нагноительными забо-

леваниями легких — одной из основных причин инвалидизации.

В то же время больные с заболеваниями органов дыхания, особенно неспецифическими болезнями легких, являются, естественно, и наиболее концентрированной группой риска по туберкулезу. Опыт работы дифференциально-диагностических отделений областного диспансера подтверждает это. От 7 до 12 % больных, поступающих в отделения с различными диагнозами, оказываются больные туберкулезом.

Постепенное сокращение числа больных туберкулезом способствовало высвобождению коечного фонда. В то же время известно, что доступность стационарной терапевтической помощи пульмонологическим больным в общей сети невелика. Интеграция фтизиатрии и пульмонологии позволила компенсировать и этот недостаток. Новое направление в работе позволило рационально использовать достаточно представительный отряд фтизиатров, психологически ориентированный на патологию легких.

Было отмечено несколько этапов интеграции. Первый — формирование новой структуры всей службы, центром ее стал областной противотуберкулезный диспансер. На его базе в 1982 г. организован Областной фтизиопульмонологический центр. На службу пульмонологии были переключены три отделения Центра, загородная реабилитационная больница и 11 дифференциально-диагностических отделений в противотуберкулезной сети. Все перечисленные структуры опирались на созданную вспомогательную диагностическую базу и собственную патологоанатомическую службу.

Нашей организационной удачей, несомненно, является организация специализированного методического кабинета «Пульмонология», который стал центром анализа информации и подготовки кадров по проблемам пульмонологии.

Вторым этапом реализации интегративного направления, проходившим практически параллельно с первым, была организация стационарной помощи больным. С годами менялось число пролеченных больных, их структура, менялся возрастной и социальный состав больных. В настоящее время 50—80 % контингента стационаров составляют больные неспецифическими заболеваниями легких, преимущественно бронхитами.

Третьим этапом работы явилось подключение фтизиатрической службы к диспансеризации пульмонологических больных. Были разработаны специальные методические рекомендации по формированию VIII группы учета, куда относились больные с нагноительными заболеваниями легких, обструктивными бронхитами, осложненными пневмониями, и некоторые другие.

В 1990 г. на диспансерном учете во фтизиатрических учреждениях состояло более 17 % лиц, находящихся на учете по поводу болезней органов дыхания. Общее число диспансерно наблюдаемых

больных ХНЗЛ в 1990 г. достигло 19,5 тысяч человек.

Целесообразность и социальная значимость интеграции фтизиатрии и пульмонологии подтверждается и результатами изучения социально-демографического состава пульмонологических больных в противотуберкулезных учреждениях, для чего нами была разработана и внедрена в практику статистическая карта. Анализ 2,5 тыс. карт опроса стационарных больных в 15 городах и районах области (Челябинск, Магнитогорск, Кыштым, Касли, Коркино и др.), среди которых были жители не только Челябинского, но и других регионов (Казахская ССР, Башкирская ССР, Курганская область), показал, что большая половина больных — это мужчины и женщины в самом работоспособном возрасте 31—50 лет; около 40 % из них трудятся в промышленном, около 18 % — в сельском производстве, 5-я часть является служащими.

Полученная при анкетировании информация продиктовала ряд необходимых организационных мер, выявив уязвимые моменты в условиях труда и быта пульмонологических больных.

Высокий удельный вес лиц с недостаточным уровнем образования (31,4 %), характер образа жизни, пристрастие к вредным привычкам (более 40 % умеренно, но употребляют спиртные напитки, около 40 % курят, в том числе женщины), мало-подвижный образ жизни, «прохладное» отношение к спорту настоятельно диктуют необходимость расширения и усиления контингентной направленности санитарного просвещения и гигиенического воспитания больных ХНЗЛ на производстве и в стационарах, где они находятся в среднем 3—5 недель.

Наличие среди больных большого числа рабочих и служащих относительно «непристижных» профессий, учитывая вредные для здоровья факторы в условиях их труда, требует активного вмешательства с целью улучшения этих условий. Более чем у трети проанкетированных больных труд связан с нервным (34,6 %), физическим (43,4 %) или эмоциональным (18,8 %) перенапряжением, длящимся годами. Особенно велики эмоциональные нагрузки у женщин. Половина больных отмечает, что их труд связан с загазованностью, запыленностью, перегреванием, переохлаждением, вибрацией.

Среди направлений гигиенического воспитания населения следует подчеркнуть пропаганду рационального питания, т. к. пятая часть опрошенных питается нерегулярно, лишь половина использует общественное питание, в рационах практически отсутствует молочная и овощная пища, являющаяся вполне доступной даже в условиях дефицита продуктов питания.

Выздоровливающие больные неспецифическими заболеваниями легких практически не пользуются профилакториями и санаториями системы профсоюзов, хотя на всех 15 территориях, где про-

водилось анкетирование, такие возможности имеются.

Изученные результаты анализа объективных данных о состоянии и тенденциях в заболеваемости взрослого населения туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких, а также результаты специально проведенного социально-гигиенического исследования состава больных послужили основой для разработки комплексной программы по профилактике, диагностике и лечению больных туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких на 1991—1995 гг.

Целевой установкой программы являются стабилизация основных показателей по туберкулезу (заболеваемость, смертность, инфицированность в различных возрастных группах, бациллярность, а также эффективность лечения вновь выявленных больных); стабилизация уровня заболеваемости взрослого населения неспецифическими болезнями легких, снижение временной нетрудоспособности среди работающих при острой пневмонии и обострении хронических неспецифических заболеваний легких, снижение первичного выхода на инвалидность в связи с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Основным направлением работы в настоящее время является объединение усилий всех служб и ведомств в инициативном, активном выполнении мероприятий по улучшению экологической обстановки в городах и районах, по улучшению условий труда в промышленном и сельскохозяйственном производстве, по реализации областной социальной программы, в том числе и активизации специальных медицинских, санитарно-гигиенических и ветеринарных мероприятий, по повышению качества и культуры лечебно-профилактической помощи больным.

Предусмотрено дальнейшее укрепление материальной базы фтизиатрической службы, улучшение ее специального медицинского оснащения, в первую очередь диагностическим и физиотерапевтическим оборудованием; усовершенствование реабилитационного этапа лечения; укрепление фтизиатрической службы врачебными кадрами, расширение и ускорение их последипломной подготовки по проблемам пульмонологии. Предусмотрены также меры по укреплению службы санитарным транспортом и жильем для медицинских кадров. Длительное время работы по реализации интегративного направления усилило нашу убежденность в правильности выбранного пути. Мы сохранили и укрепили службу, профессионально обогатили ее, расширили кругозор кадров, в какой-то мере блокировали группу риска, обеспечили новый качественный этап в содержании самого лечебного процесса.

Усовершенствование пульмонологической службы — проблема комплексная, и успешное решение даже частных аспектов прежде всего зависит от объединения усилий всех входящих в нее служб и ведомств.